MULTIPLE DEPENDENT CLAIM FEE CAL ATION SHEET (FOR USE WITH FORM PTO-875)

SERIAL NO.

ABBLICANT(S)

ABBLICANT(S)

FILING DATE

CLAIMS

	AS FILED		AFTER 1 AMENDMENT		AFTER 2 MAMENDMENT			AS FILED		AFTER I AMENDMENT		AFTER 2 MAMENDMENT	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.		IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DE
2		-					51						
3							52 53			- :			
4		3	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				54						├
5		(1)					55				 		├
6		(1)					56						├
7							57						
8							58	-					†
9							59						
10							60						
11		L					61						
12							62						
13				<u> </u>		 	63						
14							64				ļ	· · · ·	<u> </u>
15				<u> </u>			65						<u> </u>
16		 					66						ļ
17 18		 				 	67 68						
18 19						 	69				 		-
20						 	70						-
20 21		-					71						
22						 	72						 -
23							73				 	-	-
24							74		<u> </u>		 		
25		•				 	75				 		 -
26							76				1		
27							77				i -		
28							78						
29							79						
30							80						
31							81						
32							82				<u> </u>		
33						<u> </u>	83				<u> </u>		
34						1	84		<u> </u>	!	<u> </u>		<u> </u>
35							85			<u> </u>	!		
36							86		<u> </u>	<u> </u>	 		<u> </u>
37			<u> </u>	ļ	·	ļ	87			<u> </u>			
38		 		 		<u> </u>	88	ļ	 -	<u> </u>	 	 	-
39. 40	<u>. </u>		}	 		 	89 90			 	 	 	+
40		 	 	-	· · · · ·	 	91	 	 	}	 		1
41 42			 	 	-	 	92		 	1		1	1
42		 	}	1		 	93	 	 	 	 	 -	1
44				 	•	 	94	 	 				1
45				 		†	95		1				
46			1				96						
47						<u> </u>	97	L					1
48			Î				98						
49							99						_
50							100					ļ	-
AL IND.	١	1		1		1	TOTAL IND		4		#		
AL DEP	1	4		4		4	TOTAL DEP		4=		4		4=
OTAL	77		i			200	TOTAL CLAIMS						